

Original Article

Open Access Journal



Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

Kimballa Shimpiko J¹, Musasa wa Musasa P¹, Tamubango Kitoko H^{1,2}, Muderwa Nyota C¹, Nshombo Ntumwa A¹, Impiti C¹, Biayi Mukendi J¹, Katshiese Bin Mibanga¹, francine³, Kakoma Sakatolo jbz^{1,4}

¹Département de gynécologie Obstétrique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

²Section Sage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médical Likasi, République Démocratique du Congo

³Service de PTME, cliniques universitaire de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

⁴Département de Santé Publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo



*Corresponding Author: Tamubango Kitoko H

Abstract

Objectif : dégager les déterminants du poids de naissance à l'accouchement chez la gestante VIH positif.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude descriptive et analytique portant sur toutes les gestantes porteuses de grossesse monofoetale suivies au service de PTME des cliniques universitaires de Lubumbashi et ayant accouchées dans la maternité dudit hôpital du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019 ainsi nous avons colligés 103 accouchées. Le logiciel SPSS version 23 a été utilisé pour l'analyse des données. L'ANOVA à facteur a été réalisée pour rechercher l'influence de certains facteurs sur le poids du nouveau-né. Le seuil de significativité était de 0,05 avec un IC à 95%. Le test Post Hoc a été utilisé pour comparer les moyennes en passant par le test de Bonferroni pour recherche la différence statistique entre les moyennes.

Résultats : Des 103 naissances issues des mères séropositives au VIH, 4 enfants (11,7%) avaient une sérologie positive, soit un taux de transmission mère enfant de 3,8%. le poids du nouveau-né était autour 3030±657 g lorsque la gestante était au stade clinique 2 du VIH. Par rapport aux autres stade, le test Bonferroni n'a pas montré une différence statistiquement significative entre les différents poids néanmoins un légère tendance de différence entre le poids au deuxième et troisième stade clinique. (p=0,123). le poids du nouveau-né était autour 2937±646 g lorsque la gestante prenait les ARV versus un poids à 2808±692g lorsque la gestante ne prenait pas les ARV. le poids du nouveau-né était autour 2967±657g lorsque la gestante avait une charge virale inférieure à 400 versus un poids à 2825±632g lorsque la charge virale était supérieur à 400 du VIH. La différence statistique non significative (p=0,302)

Conclusion : pour tous les déterminants retenus au cours de notre étude la tendance d'avoir un nouveau-né de faible poids à la naissance était observé lorsque la mère VIH

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

positif était à un stade clinique avancé, une charge virale supérieure à la norme et la non observance du traitement.

Mots clés : VIH, PTME, déterminants, poids de naissance, Lubumbashi, RDC

Summary

Objective: to identify the determinants of birth weight at childbirth in HIV positive pregnant women.

Material and methods : this is a descriptive and analytical study of all pregnant women carrying a monofetal pregnancy followed in the PMTCT service of the Lubumbashi university clinics and having given birth in the maternity unit of the said hospital from January 1, 2017 to December 31, 2019, thus we have collected 103 delivered. SPSS version 23 software was used for data analysis. Factor ANOVA was performed to investigate the influence of certain factors on newborn weight. The significance level was 0.05 with a 95% CI. The Post Hoc test was used to compare the means by going through the Bonferroni test to find the statistical difference between the means.

Results: Of the 103 births to HIV-positive mothers, 4 children (11.7%) were serologically positive, for a mother-to-child transmission rate of 3.8%. the newborn's weight was around 3030 ± 657 g when the pregnant woman was in clinical stage 2 HIV. Compared to other stages, the Bonferroni test did not show a statistically significant difference between the different weights, but a slight tendency to differ between the weights at the second and third clinical stage. ($p = 0.123$). the newborn's weight was around 2937 ± 646 g when the pregnant woman was taking the ARVs versus a weight of 2808 ± 692 g when the pregnant woman was not taking the ARVs. the weight of the newborn was around 2967 ± 657 g when the pregnant woman had a viral load below 400 versus a weight at 2825 ± 632 g when the viral load was above 400 for HIV.

Conclusion: for all the determinants retained during our study, the tendency to have a low birth weight newborn was observed when the HIV positive mother was at an advanced clinical stage, a viral load above the norm and non-compliance processing.

Keywords: HIV, PMTCT, determinants, birth weight, Lubumbashi, DRC

Copyright: © 2021 The Authors. Published by Medical Editor and Educational Research Publishers Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

Depuis sa première identification sur un échantillon de sang en 1959 (1), et le premier

patient diagnostiqué atteint du Sida en 1981, le Virus Immunodéficience Humaine (VIH) /

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

Syndrome Immunodéficience acquise (Sida) est rapidement devenu l'un des problèmes majeurs de santé publique à l'échelle mondiale (2). Le VIH/SIDA est la première cause de mortalité des femmes en âge de procréer dans le monde. En absence de traitement, un tiers des enfants vivant avec le VIH meurent avant l'âge d'un an et presque la moitié avant l'âge de 2 ans (3–6).

En 2019, l'ONUSIDA a estimé à 38 millions le nombre de personnes atteintes du VIH à travers le monde et à 690 000 le nombre de décès liés au VIH. Au cours de la même année, 1,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées parmi lesquelles ont figuré 160.000 enfants de 0 à 14 ans (7).

Dans la région afro-tropicale, l'infection à VIH occupe le premier rang des affections endémiques. Elle est d'autant plus délétère que sa lutte constitue avec celle de la tuberculose et du paludisme, l'un des objectifs du millénaire défini par les Nations Unies (8).

En République Démocratique du Congo, les personnes, âgées de 0 à 49 ans vivants avec le VIH sont estimées à 203 650 parmi lesquels 38 950 enfants. Le taux de prévalence du VIH dans la population générale est de 1,1%, alors qu'il est de 3,5% chez les femmes enceintes. A Lubumbashi, dans la province du haut Katanga le PNLIS l'a estimé à 4,1% en 2006 ; 3,5% en 2007 ; 4,3 % en 2009 (9).

La grossesse paraît avoir peu d'influences sur la progression de la maladie. Cependant l'infection à VIH au cours de la grossesse est corrélée à une morbidité maternelle et fœtale accrue si la patiente est symptomatique (10). La transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) constitue la première source de l'infection chez l'enfant ; elle peut se produire in utero, lors de l'accouchement ou de l'allaitement. En l'absence de tout traitement antirétroviral administré à la mère et au nouveau-né, le taux de transmission mère-enfant du VIH varie selon les études de 14% à 32% dans les pays industrialisés et de 25% à 48% dans les pays à ressources limitées (11). À Lubumbashi, dans le Sud-Est de la RDC, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 4,6 % (12).

Pour faire face à cette situation, la République Démocratique du Congo a adopté depuis 2001 un programme national de protection de la

transmission de la mère à l'enfant (PTME), dont la mise en œuvre a permis de réaliser des progrès en matière de lutte contre la transmission mère-enfant du VIH. La PTME du VIH comprend 4 volets : 1. la prévention primaire du VIH chez les femmes et les adolescents en âge de procréer, 2. l'identification de l'infection à VIH le plus tôt possible avant, pendant la grossesse et dans le post-partum 3. La planification familiale efficace permettant d'éviter les grossesses non désirées chez les FVVIH 4. Le traitement antirétroviral (TAR) pour le FEVVIH (femmes enceintes vivant avec le VIH) dès que diagnostic de l'infection à VIH est établi et sa poursuite à vie (13). Aujourd'hui le succès des programmes de PTME est indéniable car plus de 1,4 million d'infections pédiatriques dans le monde ont été évitées entre 2010 et 2018, succès favorisé par l'adoption du traitement ARV pour toutes les femmes enceintes indépendamment de leur taux de CD4 (option B+). Le taux de transmission est passé sur le plan mondial de 20% en 2010 à 12,7% en 2017. L'accès à la prévention de la transmission mère-enfant constitue donc un enjeu majeur de santé publique, d'autant plus qu'avec l'efficacité des multi thérapies antirétrovirales se profile désormais l'espoir d'une possible éradication de la TME (10). La PTME est donc un axe capital dans la prévention du VIH pédiatrique ; il s'agit d'une prévention qui pourrait être la plus rentable, la moins coûteuse et facilement réalisable à condition bien entendu d'un engagement politique fort face à certains défis à surmonter à savoir : des infrastructures sanitaires adéquates, les ressources humaines et capacités managériales suffisantes, un financement et un soutien appuyés aux programmes PTME(14).

À Lubumbashi, le problème posé par la transmission mère-enfant du VIH est préoccupant. La prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte demeure élevée en dépit des stratégies de lutte mises en place ; par ailleurs le taux de transmission mère enfant du VIH reste au-delà des normes requises par l'OMS et ce, malgré l'implication des services de PTME. Comme dans d'autres pays, la couverture des services de CPN reste toujours insuffisante et inégale ; bon nombre de femmes accouche sans connaître leur statut sérologique au VIH et ne bénéficie pas des mesures de prévention adéquates dans ce cadre,

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

nous nous sommes fixés comme objectif dans cette étude de dégager les déterminants du poids de naissance à l'accouchement des nouveau nés issu des mères VIH positif.

Matériel et Méthodes

L'étude est rétrospective et analytique et porte sur toutes les gestantes suivies au service de PTME des cliniques universitaires de Lubumbashi et ayant accouchées dans la maternité dudit hôpital durant la période allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019. Les informations ont été obtenues à partir des registres des services des CPN, des salles d'accouchements et des unités de PTME ; la collecte était anonyme (sans exposition des noms des accouchées ni d'adresse domiciliaire) en vue de garantir la confidentialité des données. Les paramètres étudiés étaient d'une part les éléments maternels l'âge, l'état civil, la parité, le stade clinique, la charge virale détectée, la charge virale quantifiée ,connaissance du statut, la réalisation des consultations prénatales, l'âge de la grossesse, la voie d'accouchement, l'indication de la césarienne, incident et gestes invasifs au cours de la grossesse, la charge virale et d'autre part du côté du nouveau-né : le poids, le sexe, le type d'allaitement, la sérologie du nouveau-né et la charge.

Le logiciel SPSS version 23 a été utilisé pour l'analyse des données. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquence absolue et fréquence relative par contre les variables quantitatives ont été regroupées en variable qualitative à laquelle on a associé l'indice de position (moyenne et médiane) et de dispersion (écart-type, quartile). La normalité a été vérifiée par le test de Kolmogorov Smirnov et le test d'homogénéité par le test de Levene L'ANOVA à facteur a été réalisé pour rechercher l'influence de certains facteurs sur le poids du nouveau-né. Ainsi la variable dépendante était le poids du nouveau-né et tour à tour les variables indépendantes étaient le stade clinique, la prise du traitement par la mère au cours de la grossesse, la charge virale. Une équation de régression linéaire a été générée pour rechercher la corrélation entre le poids du nouveau-né et la charge virale maternelle. Le seuil de significativité était de 0,05 avec un intervalle de confiance à 95%. Le test Post Hoc a été utilisé pour comparer les moyennes en passant par le test de Bonferroni pour recherche la différence statistique entre les moyennes.

Résultats

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des gestantes

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
<20	1	1,00
20-35	74	71,80
>35	28	27,20
Total	103	100,00
<i>Etat civil</i>		
Célibataire	13	12,60
Mariée	90	87,40
Total	103	100,00

Tableau II: Eléments cliniques, prise en charge médicale et obstétricale

Paramètres	Effectif	pourcentage
<i>Identité obstétricale</i>		
Multipare	18	17,50
Paucipare	56	54,40
Primipare	29	28,20
<i>Stade Clinique</i>		
Stade_1	11	10,70
Stade_2	68	66,00

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

<i>Paramètres</i>	Effectif	pourcentage
Stade_3	24	23,30
<i>Charge Virale</i>		
DéTECTABLE	45	43,70
IndéTECTABLE	58	56,30
<i>Connaissance Du Statut</i>		
Avant la Grossesse	55	53,40
<i>Parturition</i>		
Pendant la gestation	39	37,90
<i>CPN</i>		
Non	13	12,60
Suivie	90	87,40
<i>Age De La Grossesse</i>		
A terme	90	87,40
Prématuré	13	12,60
<i>Voie D'accouchement</i>		
Basse	87	84,50
Césarienne	16	15,50
<i>Indication Césarienne</i>		
Bassin rétréci	2	1,90
Chorioamniotite	1	1,00
Éclampsie	1	1,00
Gestose Sévère	1	1,00
Placenta prævia	1	1,00
<i>Incident Et Gestes Invasifs Au Cours De La Grossesse</i>		
Aucun	98	95,10
Déchirure p	2	1,90
Episiotomie	3	2,90
<i>Poids</i>		
<2500	31	30,10
2500-3999	66	64,10
≥4000	6	5,80
<i>Sexe</i>		
F	59	57,30
M	44	42,70
<i>Allaitement</i>		
AM	6	5,80
AME	80	77,70
ARTIFICIEL	17	16,50
<i>Prise Du Traitement Pendant La Grossesse</i>		
Non	12	11,70
Oui	91	88,30
<i>Sérologie enfant</i>		

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

<i>Paramètres</i>	Effectif	pourcentage
Négative	99	96,10
Positive	4	3,90
<i>Charge virale</i>		
Inferieur a 400	70	68,00
Supérieur à 400	33	32,00
Total	103	100,00

Caractères sociodémographiques, cliniques et statut sérologique des enfants

Les infections à VIH constituent un véritable problème de santé publique. Les femmes enceintes infectées peuvent transmettre le virus à leur enfant pendant la grossesse, à l'accouchement ou pendant l'allaitement mais aussi cette séroprévalence chez la femme enceinte peut impacter le poids de naissance du nouveau-né. Au terme de cette étude, Il ressort que les gestantes dont la tranche d'âge était comprise entre 25 et 30 ans (n=74) représentaient 71,8%, Nos résultats sont similaires à ceux de Kimbala à Lubumbashi qui, lors d'une étude portant sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH dans 6 maternités de la ville, avait trouvé un âge moyen de 30,1ans (14). Mwembo A par contre, avait trouvé un âge moyen de 38 ans (15). L'ONUSIDA estime qu'en Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans sont des filles. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes (16). Bankolé et al. avaient trouvé un âge minimum de 15 ans et un maximum de 49 ans au Burkina Faso en 2013 chez des parturientes (17). En revanche, Mathieu HOTA et al. A à Ndjamena en 2019 rapporte que les taux d'infection constatés ont été variables dans les différentes tranches d'âge (18). La tranche d'âge de 20-34 ans est plus infectée que celles de (15-19) ans et (35-39) ans. Cette différence a été statistiquement significative (p= 0, 02). Un tel résultat pourrait s'expliquer par les activités sexuelles plus fréquentes chez cette catégorie des personnes. Les travaux effectués par Ayesha et al. en 2015 en Afrique du Sud ont montré une prévalence du VIH plus basse dans le groupe d'âge de moins de 20 ans et la tranche de 20 - 24 ans, mais plus élevée dans celles de 25 - 29 ans, 30 - 34 ans et les plus de 35 ans (19).

Les femmes mariées (n=90) étaient les plus incluses dans notre étude soit 87,4% de notre population tandis que les mères vivants (seules n=13) n'ont représentées que 13,6%. Nos données sont similaires à celles trouvées par Diallo en 2019 qui a eu un taux de 92,31% en faveur des femmes mariées au Mali (20). Le contexte africain expliquerait ces résultats

Notre population d'étude était répartie en 28,2% de primipares et de 17,5% de multipares avec 54,4% de paucipares. Ces résultats témoignent de la jeunesse des femmes enceintes et d'un fort taux de natalité. Amina à Cotonou (21) et Koina à Bamako (22) ont dans leurs études trouvées dans leurs études respectivement (40.5%) et (35,1%) en faveur des paucipares.

Dans notre milieu, la grossesse est un temps fort de la découverte de son statut sérologique et cela grâce aux dépistages systématiques instaurés par le PTME. Ainsi dans notre étude, 55 femmes enceintes (53,4%) ont eu connaissance de leur statut VIH avant la grossesse et 39 (37,9%) d'entre elles pendant la grossesse et 9 (8,7%) seulement au moment de la parturition. Parmi ces femmes, 87,4% (n=90) ont suivies les consultations prénatales et seulement 12,6% (n=13) n'ont pas eu recours a suivie pendant la gestation ; la plupart des gestantes (n=68) étaient au stade 2 de la maladie, 11 gestantes au stade 1 et 24 au stade3, la prise du traitement a été effective chez 91 gestantes soit 88,3% et non effective chez 12 gestantes soit 11,7%. La charge virale en peripartum était indétectable chez 58 gestantes 56,3% et détectable chez 45 gestantes soit 43,7%. A Bamako Lonkeng S en 2019 avait trouvé que 54% des femmes connaissaient leur séropositivité au VIH avant la grossesse (23). Ceci témoignerait une amélioration des stratégies de dépistages dans notre milieu particulièrement, car en 2012 une étude menée par Mwembo. A en 2012 avait trouvé que 52,5 % des accouchées ne connaissent pas

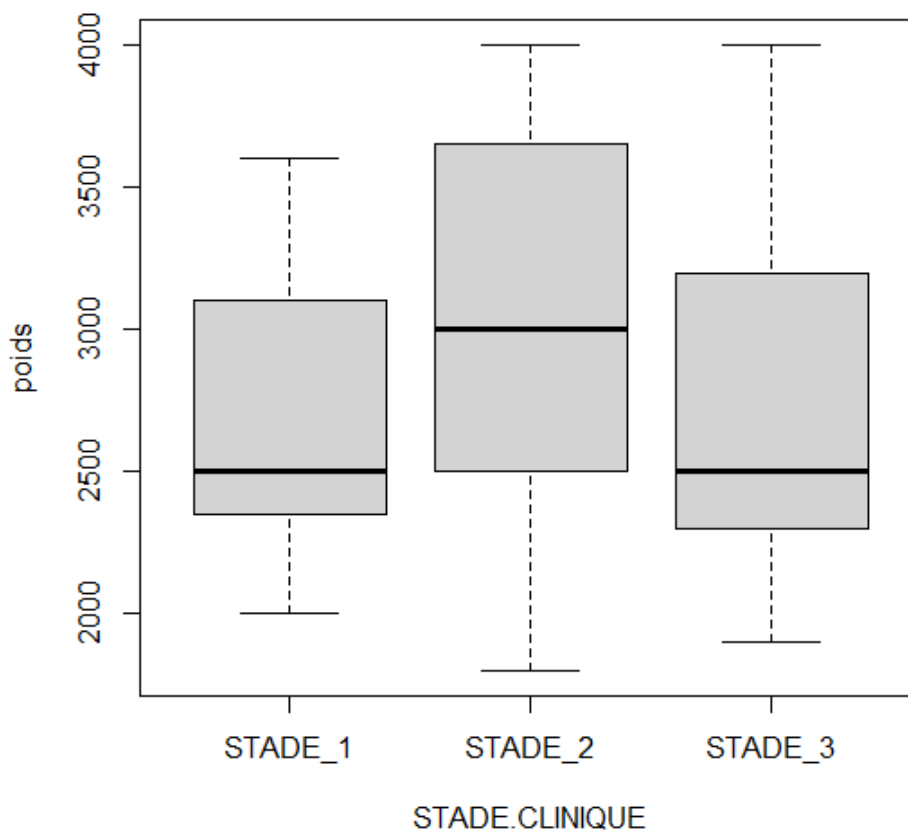
Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

leur statut sérologique au VIH (15). Et pourtant, pour réduire les risques de transmission verticale du VIH, les mères doivent connaître leurs statuts sérologiques. La méconnaissance du statut sérologique de la femme enceinte jusqu'à l'accouchement, constitue donc un obstacle à la lutte contre la transmission verticale du VIH, car le test de dépistage du VIH est le point d'entrée pour les interventions spécifiques de la PTME (15).

D'autres études précisément à Bamako Diarra S. en 2018 (24) et Dembélé S en 2013 (25) ont montrés des valeurs respectives de 86,44% et 66,67% de charge virale. Ce taux s'expliquerait par le fait que la majorité de nos patientes était vue à un stade moins avancé et étaient déjà sous ARV avant la grossesse. L'immunodépression avancée se traduit biologiquement par l'augmentation de la charge virale et la diminution du taux des lymphocytes CD4. La charge virale maternelle reste le principal facteur prédictif biologique à la fois de la TME précoce et tardive (26).

Des 103 naissances issues des mères séropositives au VIH, 4 enfants (11,7%) avaient une sérologie positive, soit un taux de transmission mère enfant

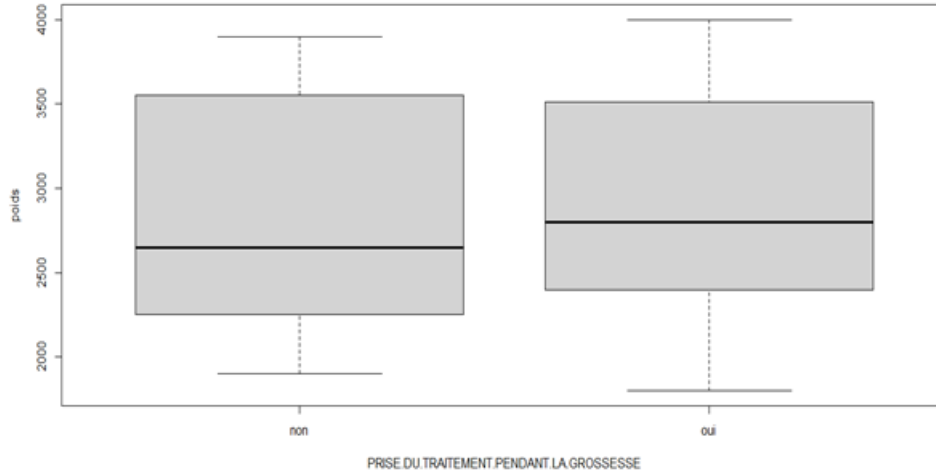
de 3,8%. Le taux de transmission mère enfant du VIH varie d'un continent à l'autre, d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Une étude menée par Ngwej et al en 2015 à Lubumbashi sur les facteurs de risque de la TME du VIH dans l'option A avait rapporté un taux TME de 12,5% (27). Par contre Nyembo J en 2016 dans l'option B+ avait trouvé un taux de 5,7% (28). Les résultats trouvés dans notre milieu sont très supérieurs à ceux des pays développés ou la littérature affirme que le taux de transmission verticale du VIH est inférieur à 1% (10). Cependant, ils étaient dans la fourchette recommandée par l'OMS qui considère comme acceptable un taux inférieur à 5 % pour juger efficace la prévention (10). Ces résultats mettent en évidence une décroissance du taux de TME du VIH dans notre milieu ; Cette avancée s'attribuerait d'une part à l'intégration des programmes de dépistage dans le paquet d'activité des CPN permettant à la majeure partie des femmes diagnostiquées de débiter tôt le traitement ARV, d'autre part l'utilisation de la nouvelle approche thérapeutique ARV pour toutes les femmes enceintes quel que soit le taux des CD4 (option B+) jouerait un rôle non négligeable.



Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

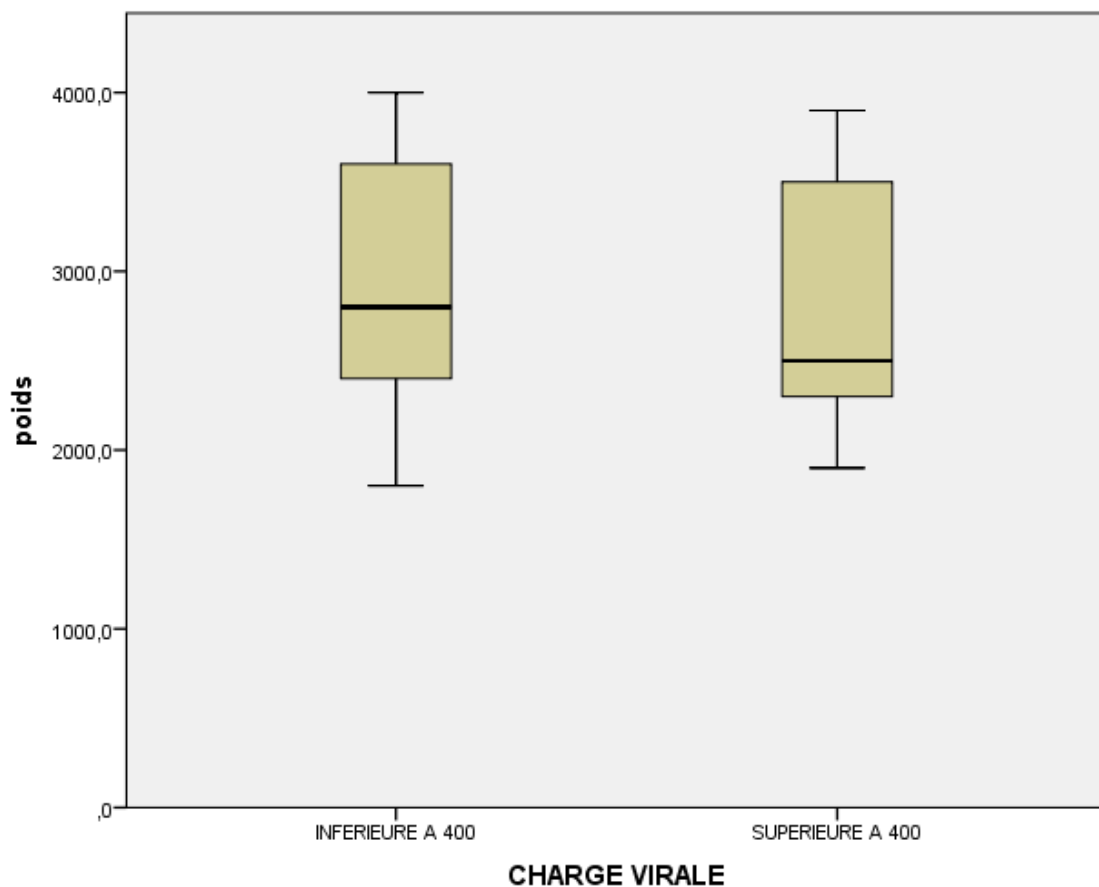
Il ressort de cette figure que le poids du nouveau-né était autour 3030 ± 657 g lorsque la gestante était au stade clinique 2 du VIH. Par rapport autres stades, le test Bonferroni n'a pas montré une

différence statistiquement significative entre les différents poids néanmoins une légère tendance de différence entre le poids au deuxième et troisième stade clinique. ($p=0,123$).



Il ressort de cette figure que le poids du nouveau-né était autour 2937 ± 646 g lorsque la gestante prenait les ARV versus un poids à 2808 ± 692 g

lorsque la gestante ne prenait pas les ARV. La différence statistique non significative ($p=0,521$)



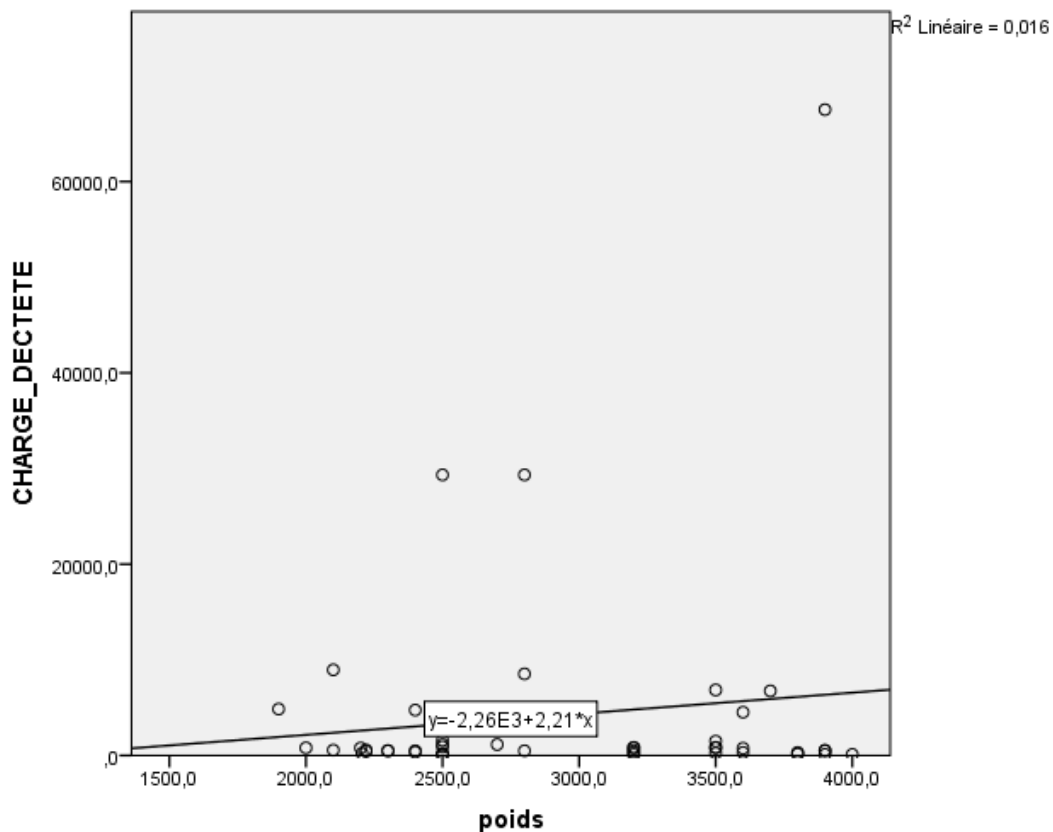
Il ressort de cette figure que le poids du nouveau-né était autour 2967 ± 657 g lorsque la gestante était

lorsque la charge virale était inférieure à 400 versus un poids à 2825 ± 632 g lorsque la charge

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

virale était supérieur à 400 du VIH. La différence

statistique non significative ($p=0,302$)



Stade clinique, charge virale, prise du traitement et poids de naissance

Nos résultats ne nous permettent pas d'affirmer que le stade clinique, la charge virale encore moins la prise du traitement ont une influence sur le poids de naissance fœtale, les associations réalisées n'étaient pas statistiquement significatives, ce qui rejoint Kanteng et al. à Lubumbashi qui dans leur étude avaient montrés qu'aucun lien était statistiquement significatif entre le poids de naissance et l'infection à VIH (29). Une étude sur les paramètres anthropométriques néonataux des enfants nés de mères séropositives à Kinshasa avait trouvé également que concernant les paramètres anthropométriques, le poids moyen de naissance des nouveau-nés de mères séropositives était légèrement inférieur à celui des nouveau-nés des mères séronégatives, sans différence statistiquement significative(30) contrairement à THERA T et al. à Bamako en 2017 qui affirme que l'apparition des infections serait responsable de la survenue des petit poids de naissance (PPN) (31) ce qui concorde avec les résultats retrouvés dans l'étude de Dreyfuss M.L. (32) et celui de Schulte

J. (33). Cependant, selon Dreyfuss M.L. (32) l'infection vaginale, et l'anémie au cours de la grossesse chez les femmes VIH positives ne seraient pas des facteurs de PPN. Markson L.E.(34) a montré de plus que si l'existence d'une pathologie chronique ou d'une pathologie grave de la grossesse augmente également le risque de PPN, il n'y a pas « addition » de ce risque à celui lié à la séropositivité. Même si dans l'étude multicentrique de Traoré H. et al. (35) il est ressorti que le stade OMS II de l'infection à VIH était significativement corrélé à la survenue de PPN. Pour Issiaka au Burkina Faso, le faible poids de naissance a été plus souvent observé chez les enfants nés de mères séropositives (23,7 % contre 15,6 %). Cependant, le poids moyen ne différait pas en fonction du statut sérologique de la mère (36) .

Conclusion

Pour tous les déterminants retenus au cours de notre étude la tendance d'avoir un nouveau-né de faible poids à la naissance était observé lorsque la mère VIH positif était à un stade clinique avancé,

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

une charge virale supérieure à la norme et la non observance du traitement.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la prise en charge de la patiente ainsi que à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs approuvent la version finale du manuscrit.

Références bibliographiques

1. Faraj PA, Berbich PA, Lazrak PB, Chkili PT, Alaoui PMT, Belmahi PA, et al. 1. doyens honoraires : :193.
2. Principaux repères sur le VIH/sida. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
3. UNAIDS: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS; 2012.
4. Newell MI, Brahmabhatt H, Ghys Pd. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. *AIDS* 2004; 18: S27-S34.
5. Newell MI, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, DABIS F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa : a pooled analysis. *Lancet* 2004; 364: 1236-43.
6. Marcos Y, Ryan Phelps B, Bachman G. Community strategies that improve care and retention along the prevention of mother-to-child transmission of HIV cascade: a review. *J Int AIDS Soc* 2012, 15 (Suppl 2): 17394.
7. ONUSIDA. Statistiques mondiales sur le VIH. Fiche d'information journée mondiale du SIDA 2020.
8. Organisation mondiale de la santé. OMD 6. Combattre le VIH SIDA, le paludisme et d'autres maladies 2010.
9. Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST en République Démocratique du Congo. Guide national de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant. Kinshasa : ministère de la Santé, août. 2010.
10. Tayae M. VIH et grossesse. Juill. 2017.
11. C Katlama, J Ghosn, G Wandeler. VIH, Hépatites virales et santé sexuelle. *AFRAVIH* .2020.
12. PNLs. Rapport épidémiologique de surveillance du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN en 2009. *PNMLS* 2010.
13. Governance guidance for the validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis [Internet].
14. Kimbala J et all. Transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi : leçons à tirer des résultats de six maternités. *Médecine d'Afrique noir*.2012.pg 162 -173.
15. Mwembo N, Kalenga P, Donnen P. Cheng F. Humblet P. Dramaix M. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Lubumbashi. *Médecine d'Afrique Noire* 2012.
16. ONUSIDA. Fiche d'information journée mondiale du SIDA, statistiques mondiales sur le VIH.2019.
17. Bankole A, Rubina H, Gilda S, RossierC, Kaboré I, Guiella G. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences. New York : Guttmacher Institute. 2013 ; p : 1-40.
18. M. HOTA et al. / *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 13(4): 2192-2199, 2019.
19. Kharsany ABM, Frohlich JA, Yende-Zuma N, Mahlase G, Samsunder N, Dellar RC, et al. Trends in HIV Prevalence in Pregnant Women in Rural South Africa. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 1 nov 2015;70(3):289-95.
20. Diallo C. Dépistage tardif du VIH en salle d'accouchement à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes : Aspects cliniques et épidémiologiques. 2019.
21. Amina A. Évaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA au cours de l'accouchement à l'hôpital de la mère et de l'enfant.
22. Koina D. Étude de la prévalence et des facteurs de risques de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes de la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.2012.
23. Soussou Lokenkeng. Seroprevalence du VIH chez les femmes enceintes au centre de référence de la commune III district de Bamako.2019.

Nouveau-Nés Des Mères Séropositives À VIH Au Service De PTME De Cliniques Universitaires De Lubumbashi Prévalence Et Déterminants Du Poids À La Naissance

24. Diarra S. Etude épidémiologique clinique et biologique de l'infection à VIH chez les gestantes suivies à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. 2018.
25. Dembélé S. Etude épidémiologique clinique et biologique de l'infection à VIH chez les gestantes au Centre de Santé Référence de la Commune V. [Thèse de Médecine]. 2013.
26. Mandelbrot L, Faure V. Mécanismes de la transmission verticale du VIH. *mt pédiatrie* 2016.pg7- 13.
27. Ngwej, Mukuku O, Mudekereza R, Karaj E, Odimba EB, Luboya ON, et al. Study of risk factors for HIV transmission from mother to child in the strategy «option A» in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J*. 2015.
28. Nyembo Malimbwa J. Prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant : efficacité L'OPTION B+ 2017.
29. Kanteng G et al. Prévalence et facteurs de risque de la transmission mère enfant du VIH. 2013.
30. Muanda P, Mbanzulu P, Sumaili EK, Kangudia M, Lokomba VB, Matanda RM. Impact de l'infection à VIH maternelle sur les paramètres anthropométriques néonataux. *Ann. Afr. Med.* 2009 ; 3(1) : 364-370.
31. Thera T, Teguate I, Kouma A, Diallo B, Traore M, Sima M, et al. Impact du virus de l'immunodéficience humaine sur les poids de naissance dans le district de bamako. 2017;18:5.
32. Dreyfuss M.L., Msamanga G.,I, Spiegelman D. et al. Determinants of low birth weight among HIV-infected pregnant women in Tanzania. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:814–26.
33. Schulte J1., Dominguez K., Sukalac T., et al. Declines in low birth weight and preterm birth among infants who were born to HIV-infected women during an era of increased use of maternal antiretroviral drugs: *Pediatric Spectrum of HIV Disease, 1989-2004*. *Pediatrics*, 2007 Apr;119(4):e900-6. Epub 2007 Mar 12.
34. Markson L.E, Jurner B.J., Houchens R., Silverman N.S., Cosler L., Takyi B.K. Association of maternal HIV infection with low birth weight. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*, 1996, 13, 227-234.
35. Traoré H., Méda N., Nagot E. et al. Déterminants du faible poids de naissance chez des enfants nés de mères séropositives pour le VIH, non éligibles au traitement antirétroviral en Afrique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, volume 61, Issue 5 : 413-420.
36. Issiaka S, Boubacar N, Tiendrébéogo S, Blami D, Cartoux M, Meda N, et al. pour le groupe d'étude DITRAME : Infection maternelle par le VIH et paramètres anthropométriques de l'enfant à la naissance au Burkina Faso.

Cite this: J, K. S., P, M. wa M., Tamubango Kitoko, H., C, M. N., A, N. N., C, I., J, B. M., Mibanga, K. B., , francine, & jbz, K. S. (2023). Nouveau-nés des mères séropositives à VIH au service de PTME de Cliniques universitaires de Lubumbashi : Prévalence et déterminants du poids à la naissance. *Journal of Medical Research and Health Sciences*, 6(6), 2600–2610. <https://doi.org/10.52845/JMRHS/2023-6-6-2>